

MODULO ISCRIZIONE AL CORSO DI GINNASTICA RITMICA

SEZIONE RISERVATA ALLA SEGRETERIA

DATA ISCRIZIONE	ANNO	COMUNE ATTIVITA'	N. TESSERA
	2019-2020	PADOVA	

INFORMAZIONI RELATIVE AL CORSO

ETA'	QUOTA D'ISCRIZIONE E CONTRIBUTI ASSOCIATIVI			GIORNO/I DI FREQUENZA e ORARIO (I costi sono riferiti ad una frequenza bisettimanale)					LUOGO DI FREQUENZA
	Annuale	Trimestrale	Mensile	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	
Tesseramento valido fino al 30.8.2020	€ 20,00								Pala Antenore Piazza Azzurri d'Italia Arcella - Padova
Baby	€ 350,00	€ 120,00	€ 45,00	<input type="checkbox"/> 16.30-17.30			<input type="checkbox"/> 16.30-17.30		
6-8 anni	€ 350,00	€ 120,00	€ 45,00	<input type="checkbox"/> 17.30-18.30	<input type="checkbox"/> 16.30-17.30	<input type="checkbox"/> 17.30-18.30	<input type="checkbox"/> 16.30-17.30		
9-11 anni	€ 350,00	€ 120,00	€ 45,00	<input type="checkbox"/> 18.30-19.30	<input type="checkbox"/> 17.30-18.30	<input type="checkbox"/> 18.30-19.30	<input type="checkbox"/> 17.30-18.30		
Over 12	€ 350,00	€ 120,00	€ 45,00		<input type="checkbox"/> 16.30-17.30			<input type="checkbox"/> 18.00-19.00	

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il/la sottoscritto/a * _____, nato/a a * _____ il* ___/___/___

residente a* _____ CAP* _____ provincia* _____ via/Piazza* _____ n. _____

tel. _____ cell.* _____

e-mail * _____ (obbligatoria per TUTTE le comunicazioni)

CHIEDE DI

Poter iscrivere mio/a figlio/a _____ nato/a a * _____ il* ___/___/___

al suddetto corso.

DICHIARA

- a) Di aver già inoltrato richiesta di ammissione a socio tramite apposito modulo;
b) Di accettare il regolamento qui riportato e di averne ricevuto copia.

Regolamento

Art. 1 - Informazioni

- Durante l'attività i genitori dovranno assolutamente rimanere fuori dalla palestra per consentire il regolare svolgimento della lezione.
- Le attività termineranno il 31 maggio e seguiranno le festività del calendario scolastico. Eventuali variazioni verranno comunicate tempestivamente.

Art. 2 - Norme di comportamento e sicurezza

- Nel caso in cui il bambino non mantenga un comportamento adeguato a garantire il regolare svolgimento della lezione, potrà essere escluso dal corso.
- Per garantire il regolare svolgimento della lezione e non arrecare danni o ritardi al gruppo, l'orario dovrà essere rispettato rigorosamente.

Art. 3 - Domanda d'iscrizione

- A tutti i bambini sono consentite due lezioni di prova (eccetto particolari promozioni), al termine delle quali, si dovrà provvedere alla regolamentazione dell'iscrizione.
- La quota d'iscrizione, valida fino al 30 agosto p.v., include la copertura assicurativa e il tesseramento presso l'ente o la federazione competente.
- L'iscrizione risulterà confermata solo ed esclusivamente dopo aver consegnato il certificato medico e all'avvenuto versamento della quota secondo una delle modalità indicate.

Art. 4 - Rimborsi

- Non sono previsti rimborsi dovuti ad eventuali assenze, festività o esclusioni dal corso.

Art. 5 - Esonero delle responsabilità

- S.S.D. SPHERA a R.L. e i suoi istruttori sono esonerati da qualsiasi responsabilità e dall'obbligo di sorveglianza degli allievi al di fuori degli orari di attività.
- S.S.D. SPHERA a R.L. non risponde dello smarrimento, della sottrazione o del deterioramento di cose o valori lasciati incustoditi all'interno dei locali in cui si svolgono i corsi.
- La sottoscrizione del modulo d'iscrizione vale quale formale accettazione del presente regolamento.

Art. 6 - Statuto e regolamento

Si dichiara di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento dell'Ente e di accettarli e rispettarli in ogni loro punto.

ALLEGA

Certificato medico;

IN ALTERNATIVA SI IMPEGNA

A consegnare in segreteria certificato medico entro 7 giorni dalla presente richiesta;

A titolo informativo, consapevole che tale dichiarazione non sostituisce il certificato medico, che mio figlio/a è soggetto/a a:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemi cardiocircolatori (es. aritmie, problemi valvolari) | <input type="checkbox"/> Problemi osteo-muscolo-tendinee |
| <input type="checkbox"/> Problemi metabolici (es. diabete, obesità) | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> Problemi respiratori (es. asma) | <input type="checkbox"/> Altro |

Specificare di seguito _____

Firma per accettazione e iscrizione _____